

保護者記入欄

子ども名	生年月日	施設名	利用中	申込中
子ども名				申込中
子ども名				申込中

この欄は、保護者の方が記入の上、就労先に依頼してください。

(様式1)

(宛先) 亀岡市長

就労証明書

記入上の注意事項

証明日 年 月 日

事 証明された日を必ずご記入ください。

代表者名 (印)

所在地
会社印又は代表者印を押してください。
※インク浸透印(シャチハタなど)は不可。

記入者名

入者連絡先

※勤務先で証明をお願いします。証明日を必ず記入してください。
※代表者印はシャチハタ不可。消えるボールペンでの記入不可。

【留意事項】

就労証明書は事業者が就労内容を証明する書類です。事業者以外の者が記入・改ざんした場合、有印私文書偽造罪などの罪が成立し得ますので、必ず事業者が記入してください。
※必要に応じて実態調査を行います。

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

No.	項目	記入欄
勤務先事業者に関する事項		
1	業種	
就労者に関する事項		
2	ふりがな	
2	就労者氏名	
3	就労者住所	
就労状態等に関する事項		
4	雇用(内定)年月日	年 月 日
5	勤務先事業所名	
1日4時間以上、かつ週3日以上(1箇月48時間以上)必要です。		
1箇月の合計就労時間をご記入ください。		
8	雇用の形態	()その他()の場合は、左記に詳細を記入してください
9	就労時間 (固定就労の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日
		平日
		土曜 日曜
過去3か月分の1か月当たりの就労日数を記入してください。3か月以上の就労実績がない場合は、実績がある月について記入した上で、今後の就労見込を記入してください。		
10	就労時間 (変則就労の場合)	日計時間
11	就労実績	年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日
12	産前・産後休業の取得	年 月 日 ~ 年 月 日
13	育児休業の取得 (予定期間)	年 月 日 ~ 年 月 日
		短縮可能時期 年 月 日 延長可能時期 年 月 日
14	復職(予定)年月日	年 月 日
その他		
15	備考欄	

* 自営業の場合(様式2)

自営業状況申立書		年 月 日
(宛先) 亀岡市長	(事業主) 住所 氏名 電話 ()	(印)
自営業状況について、下記のとおり就労していることを申立します。		
事業所名		
事業開始日	年 月 日	
事業所所在地・連絡先	1日4時間以上、かつ週3日以上(1箇月48時間以上)必要です。	
就労内容 (具体的に記入してください)	日・月・火・水・木・金・土 (該当する曜日に○印を付けてください)	
就労時間 1箇月の合計就労時間をご記入ください。	時 分	いずれかの書類を必ず添付してください。 その他の書類を添付される場合は、事前に保育課にお問い合わせください。
就労時間: 1箇月 時間 分		
添付書類 ※右のいずれかに○をし、添付してください。	営業許可証の写し・確定申告書(税務署収受印があるもの)の写し・開業届の写し・事業開始届の写し・事業請負契約書の写し・その他()	

* 農業従事を理由とする場合(様式3)

耕作状況報告書		農業委員会確認年月日 年 月 日
(宛先) 亀岡市長	年 月 日	
下記のとおり状況を報告します。		
従事者	住所 氏名	季節ごとに具体的に記入してください 例) 春…キャベツ・玉ねぎ 夏…なす・トマト 等
日	3,000㎡(30アール)以上必要です	日
※1 自作地	主な農作物(具体的に)	
田	㎡	
畑	㎡	
農業従事状況	平日 時 分 ~ 時 分 土曜日 時 分 ~ 時 分	年間就労日数 日

※1 耕作地は3,000㎡(30アール)以上必要です。

※2 季節ごとに具体的に記入してください。(例)春…キャベツ・玉ねぎ 夏…なす・トマト 等

* 病気・看護を理由とする場合(様式4)

診		かかりつけの医療機関で記入となります
(宛先) 亀岡市長	※3 医療機関名 医師名	(印)
下記のとおり診断します。		
患者氏名	治療見込期間が無償化の対象期間となります	歳
病(傷)名		
医師の所見		
治療見込期間※4	年 月 日 ~ 年 月 日 (約 ヵ月)	
入院・通院	1ヵ月の通院回数	回
看護の必要性	看護が必要・看護が不要	乳幼児保育の可能性 保育できる・保育できない

※3 かかりつけ医療機関で記入してもらってください。

※4 治療見込期間が保育要件の認定期間となります。

- (注) 1. この書類は、児童の施設等利用給付認定に係る資料となりますので、事実と違わないようにもれなく記入してください
内容に変更が生じた場合、その都度書類を提出してください。
2. 記載内容が事実と異なる場合は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
3. 場合によっては、実態調査をします。